



Los Planes Medicare Advantage y Planes de Costo de Medicare: Cómo Presentar una Queja (Queja Formal o Apelación)

Los Planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO) y los Planes de Costo de Medicare son las opciones de planes de salud aprobados por Medicare y ofrecidos por compañías privadas. Cuando usted se inscribe en un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare, usted continúa en el Programa Medicare. Estos planes son miembros de una red, lo cual significa que tal vez deba consultar a médicos que pertenezcan al plan y en algunos casos ir a ciertos hospitales para obtener servicios. Algunos de estos planes requieren referidos para ver especialistas.

Los Planes Medicare Advantage brindan todos los servicios cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). También deben cubrir los servicios necesarios por razones médicas. Generalmente, los planes ofrecen beneficios adicionales, y muchos incluyen la opción de la cobertura de Medicare para recetas médicas (Parte D). Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO por su sigla en inglés)
- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)
- Planes para Necesidades Especiales (SNP)
- Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)

Los Planes de Costo de Medicare son un tipo de HMO que están disponibles en ciertas áreas del país. Usted puede inscribirse en un Plan de Costo de Medicare en cualquier momento siempre y cuando el plan esté aceptando nuevos miembros. En este plan, usted puede inscribirse incluso si sólo tiene la Parte B. El Plan Original de Medicare cubre los servicios si se atiende por un proveedor fuera de la red. Usted paga los coseguros y deducibles de la Parte A y Parte B de Medicare. Además, puede obtener su cobertura de medicamentos recetados a través del plan (si lo ofrece) o puede comprar un Plan de Medicare para Recetas Médicas por su cuenta para añadir cobertura de medicamentos a su plan.



Presentar un Queja (Queja Formal o Apelación)

Usted tiene el derecho a tramitar una queja si tiene dudas o problemas con su plan. Una queja puede ser una “queja formal” o una “apelación”. Usted puede presentar una “queja formal” si, por ejemplo, no está satisfecho con el servicio que le brindó su plan o proveedor. Puede presentar una “apelación” si su plan le niega un servicio o suministro que usted piensa debería estar cubierto.

Debe presentar su queja dentro de los 60 días de la fecha o el evento que lo llevó a tomar esa decisión. Algunos ejemplos del porque quisiera presentar una queja incluyen lo siguiente:

- Usted cree que las horas de operación del servicio al cliente que ofrece su plan deben ser diferentes.
- Usted cree que no hay suficientes especialistas en el plan para resolver sus necesidades.
- Usted desea divulgar el comportamiento grosero de un doctor o de una enfermera o tiene preocupaciones sobre la limpieza en la oficina del doctor.
- La compañía que ofrece su plan han enviado materiales no relacionados con el plan de medicamentos que usted seleccionó en primer lugar.
- El plan no tomó una decisión sobre una reconsideración (vea el primer nivel de apelación en la siguiente página) dentro del tiempo establecido o indicado.
- El plan no envió su caso a la entidad independiente de revisión (IRE por su sigla en inglés).
- Está en desacuerdo con la decisión del plan en no conceder su petición o solicitud para una apelación acelerada.
- El plan no proveyó las notificaciones requeridas.
- Las notificaciones del plan no siguen las reglas de Medicare.
- Su plan no brinda o paga por un servicio que usted cree debería estar cubierto.

Revise los materiales de membresía de su plan, o llame a su plan para instrucciones específicas de cómo tramitar una queja formal.



Petición para una Determinación de Organización

Usted tiene el derecho de pedirle a su plan que provea o pague por un servicio que usted piensa debe ser cubierto, proporcionado, o continuado. Esto se conoce como una determinación de organización. Pídale al plan una decisión acelerada (también conocida como decisión inmediata) si piensa que su vida o salud corren un serio peligro si su plan espera en tomar una decisión sobre un servicio. El plan debe contestarle en un plazo de 72 horas si determina que su vida o la salud corren un serio riesgo o si la petición de un doctor indica que su vida o salud está en peligro si el plan se toma los 14 días normales para responderle.

Si el plan le niega su petición, debe informarle por escrito la razón por qué no brindará o pagará por el servicio, y cómo apelar la decisión.

Nota: Cualquier persona que usted elija, como un miembro de su familia o su doctor, podrá ayudarle a solicitar una determinación de cobertura o una apelación. Llame a su plan para aprender como nombrar un representante.

Cómo Apelar Decisiones Sobre Su Cobertura

Nota: Cuando se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Costo de Medicare, el plan le enviará información sobre el proceso de apelaciones del plan. Lea dicha información cuidadosamente y guárdela en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente. Llame al plan si tiene preguntas.

Si usted solicita que el plan provea o pague por un servicio (determinación de organización) y su pedido es denegado, tiene el derecho de apelar la decisión. Hay cinco niveles disponibles para apelar. **Usted debe seguir el orden de los pasos enumerados a continuación.**

1. Apelación a través de su plan (llamada “reconsideración”)

Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha de la determinación de organización. Usted (o su representante designado) debe solicitar una decisión estándar por escrito, a menos que el plan acepte el pedido por teléfono. La dirección del plan está en los materiales del plan y en el aviso que contiene cualquier decisión desfavorable sobre la determinación de organización.

Su pedido de reconsideración por escrito de incluir lo siguiente:

- Su nombre, dirección, y su número de seguro de salud (HIC por su sigla en inglés) que se encuentra en su tarjeta de Medicare
- El servicio(s) o suministro(s) específico para el cual se está solicitando una reconsideración
- La fecha (o fechas) específica si aplica
- Sus razones por las que quiere apelar y cualquier evidencia que desee incluir
- Su firma o la de su representante designado. Si el individuo que hace la petición no es la persona inscrita en el plan, incluya documentación que demuestra la autoridad del individuo de representar a la persona en el plan, tal como el formulario “Nombramiento de Representante” (CMS-1696). Este formulario está disponible en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf por Internet.



Cómo Apelar Decisiones Sobre Su Cobertura (continuación)

1. Apelación a través de su plan (llamada “reconsideración”) (continuación)

Usted (su representante o su médico) puede llamar o escribir al plan para solicitarle una decisión acelerada o decisión inmediata. Se acelerará la decisión si su plan determina o su médico le indica al plan que su vida o su salud corren serio peligro si debe esperar por la decisión estándar. Una vez que el plan haya recibido su pedido de apelación, el plan tiene 30 días (para una petición estándar), 60 días (petición de pago) o 72 horas (para una petición acelerada) para comunicarle la decisión. El período de tiempo puede extenderse hasta por 14 días para completar la petición estándar y las peticiones aceleradas.

2. Revisión de una Entidad Independiente

Si el plan se decide nuevamente en su contra, su apelación es enviada **automáticamente** a la Entidad Independiente de Revisión (IRE por su sigla en inglés). Se acelerará la decisión si el IRE determina que su vida o su salud corren serio peligro si debe esperar por la decisión estándar.

Usted tiene derecho de enviarle información sobre su caso al IRE. El IRE debe tener esta información 10 días después de la fecha que usted reciba la carta del IRE informándole que están revisando su caso. Un miembro de su familia, un amigo, o su doctor puede ayudarle a escribir esta información. Usted debe enviar su información a la dirección especificada en la carta de la Entidad Independiente de Revisión (IRE).

El IRE tiene 30 días (para un pedido estándar de servicio de cobertura) 60 días (para un pedido de pago) o 72 (para pedido acelerado) horas para notificarle la decisión. El período de tiempo puede extenderse hasta por 14 días para completar la petición estándar y las peticiones aceleradas.

3. Audiencia con un Juez Administrativo

Si está en desacuerdo con la decisión del IRE, usted (o su representante) puede solicitar una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ por su sigla en inglés). Debe solicitarlo por escrito dentro de los 60 días de la decisión del IRE. Usted debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración del IRE. Para que le otorguen la audiencia con un ALJ, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una suma mínima (usted podría combinar varios reclamos para alcanzar la cantidad mínima requerida). Si el ALJ decide en su favor, el plan tiene el derecho de apelar esta decisión pidiéndole una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare.

4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare

Si el ALJ está de acuerdo con la decisión de su plan, usted (o su representante designado) puede solicitar por escrito una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés), en los 60 días siguientes a que le comuniquen la decisión del ALJ. Usted debe enviar el pedido a la entidad especificada en el aviso de decisión del ALJ. El Consejo de Apelaciones de Medicare no revisa cada caso que recibe. Si deciden no revisar su caso, usted o el plan, puede solicitar una revisión de una corte federal.



Cómo Apelar Decisiones Sobre Su Cobertura (continuación)

5. Revisión por una Corte Federal

Si el MAC está de acuerdo con la decisión de su plan, usted (o su representante designado) puede solicitar por escrito una revisión de una corte federal, en los 60 días siguientes a que le comuniquen la decisión del MAC. Usted debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración de MAC. Para que se la otorguen, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una cantidad mínima. La decisión de MAC incluirá esta cantidad.

Derechos Adicionales de Apelación

Si está recibiendo servicios de Medicare como paciente interno en un hospital, centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de la salud en el hogar, centro ambulatorio de rehabilitación completa u hospicio, tendrá derecho a una apelación acelerada si cree que sus servicios cubiertos por Medicare fueron terminados antes de tiempo. A esto se le conoce como “revisión acelerada” o “apelación inmediata”. Recibirá un aviso del médico, del proveedor o del plan indicándole cómo solicitar una apelación inmediata. La Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO por su sigla en inglés) de su estado, revisará su caso y decidirá si sus servicios deberían continuar. Si decide apelar, pida a su médico toda información que pudiera ayudar a su caso. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para que le ayuden a solicitar la apelación. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su SHIP. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede que tenga otros derechos de apelación si pierde el período para solicitar una apelación acelerada.



Para Más Información

- Llame a su Plan Medicare Advantage o Plan de Costo de Medicare antes de obtener un servicio o suministro para descubrir si está cubierto. Su plan debe informarle si usted pregunta. Su plan puede también darle más información sobre los procedimientos de apelación (queja formal y apelación).
- Visite www.medicare.gov por Internet y seleccione “Apelaciones Medicare” (disponible sólo en inglés). O, en la página principal seleccione “Materiales Educativos y Publicaciones en Español” y obtenga una copia gratis del manual “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre cómo recibir una copia por correo. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para asesoramiento personalizado y gratis. Visite www.medicare.gov por Internet. Bajo “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles” (disponible sólo en inglés). O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono.
- Llame a su Asociación de Abogados local o a su programa de asistencia legal si tiene ingresos limitados. Estas oficinas le pueden ayudar con su queja formal.